

Complications des BSU recommandations HAS 2023

Pr Thibault THUBERT

Service de gynécologie obstétrique

CHU de Nantes



How Much Does It Cost to Hire a TVM Lawyer?

Initially, you will not have to pay anything to sign up with a law firm willing to take your TVM case. Once you sign the papers, your lawyer will work on your behalf to bring your case to the proper venue and try to get either a settlement or a favorable jury verdict.

Women reported chronic pain after mesh surgery



'Depressed, frustrated and angry': How a vaginal mesh implant destroyed a woman's life

The Guardian

International edition ~

Government halts vaginal mesh surgery in NHS hospitals

Suspension ordered in England to avoid further risk of 'life-changing injuries' to women



CASH
INVESTIGATION



Présenté par
Élise Lucet
Un mardi par mois à 21h00



Hospital recalls women who had pelvic floor surgery using mesh

8 Jul 2018



Scores of women say top UK surgeon left them with traumatic complications

24 Nov 2017



Guardian science reporter wins prize for vaginal mesh investigation

17 May 2018



Doctors 'not told about full risk of vaginal mesh implants'

12 Dec 2017

★ /
Ac Les magazines / Les magazines de France 2 / Cash Investigation

"Cash Investigation". Implants : tous cobayes ?

A REVOIR

Présenté par
Élise Lucet

Diffusé le 27/11/2018
Durée : 02h15

24 Suivez le live et direct
#IMPLANT_FILE

Arrêté du
limitant la pose d'implants de renfort pour le traitement de l'incontinence urinaire
d'effort féminine et pour traitement du prolapsus des organes pelviens de la femme à
certaines conditions, en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de la
santé publique

- **Formation obligatoire des chirurgiens**
- **Seuil d'activité**
- **Information et consentement écrits, fiches d'information**
- **Cas complexes après réunion multidisciplinaire**
- **Centre recours de complication de prothèses**
- **Dernier recours, délai de réflexion**

De moins en moins de BSU disponibles en France....et peut-être plus aucune dans 6 mois

BANDELETTES RETIRÉES DU MARCHÉ ENTRE 2016 ET 2021

Année d'arrêt	Fabricant	Gamme commerciale
2017	Aspide Médical	Sling UU Sling
	SOFRADIM / MEDTRONIC	UretexTM
	Dipromed	IGSD1250
2019	ABISS	Mini SAS
	Bard Medical Inc.	Ajust Align
	Boston Scientific	Conservia TO/SP Conservia TV
	PFM Medical	TILOOP Tape
2020	AMI	TOA / TVA Multi-Purpose-Sling SensiTVT
	ABISS	SUPRIS
	Boston Scientific	LYNX
	Coloplast	ALTIS
	Cousin Biotech	SOFT LIFT
	Dipromed	IGSD1245IO-EL IGSD1250EL IGSD1245WSIO-EL
	Neomedic	KIM NEEDLELESS
	Promedon	OPHIRA STEEMA
	T.H.T	JUST-SWING SVS
2021	Ethicon	GYNECARE TVT™ ABBREVO™ (Product Code: TVTOML)

BANDELETTES DISPONIBLES EN FRANCE ... Jusqu'au 31 Janvier 2025

ABISS
ARIS
CYRENE
APIS TECHNOLOGIE (anciennement CL MEDICAL)
I STOP
BOSTON SCIENTIFIC
ADVANTAGE / ADVANTAGE FIT
LYNX
OBTRYX CURVED/HALO
OBTRYX II CURVED/HALO
SOFT (SIS)
COUSIN BIOTECH
LIFT
SOFT LIFT
ETHICON
GYNECARE TVT™ ABBREVO™ (Product Code: TVTOML)
GYNECARE TVT™ DEVICE (Product Code: 810041BL)
GYNECARE TVT™ EXACT™ (Product Code: TVTRL)
GYNECARE TVT™ Obturator System (Product Code: 810081L)
MICROVAL
SAFIRE / SMILE / SWIFT SLING
NEOMEDIC
REMEEX FEMME
PROMEDON
UNITARE
T.H.T
SWING-BAND (SB3 et SB4)

2024: retrait mesh I-STOP

2024: retrait mesh Boston marché UE

2023: Déremboursement BSU Cousin

2022: interdiction Microval



- **Note de cadrage**
 - 20 janvier 2021
- **5 réunions du groupe de travail (20)**
 - 18 juin 2021
 - 08 octobre 2021
 - 10 décembre 2021
 - 21 janvier 2022
 - 18 mai 2022
- **Groupe de lecture (54)**
 - du 04 avril 2022 au 2 mai 2022
- **Recommandations**
 - 61 pages
 - Discussion 298 pages
 - 723 Références
- **Processus de validation**
 - Validation par les 4 sociétés savantes
 - Validation Collège HAS 16/03/23
 - Publication



Nom Expert	Spécialité
BOSSET Pierre-Olivier	Urologue
CAMPAGNE-LOISEAU Sandrine	Gynécologue Obstétricien
DEFFIEUX Xavier	Gynécologue Obstétricien
DONON Laurence	Urologue
FERNANDEZ Pedro	Radiologue
HENRIOT Marie	Rep Patient
HERMIEU Jean-François	Urologue
LEVESQUE Amélie	Médecin Généraliste/ Algologue
LUCOT Jean-Philippe	Gynécologue Obstétricien
PANEL Laure	Gynécologue Obstétricien
PERROUIN-VERBE Marie-Aimée	Urologue
PONCELET Edouard	Radiologue
PUJOS-GAUTRAUD Michèle	Médecin Généraliste
RIGAUD Jérôme	Urologue
SIAUDEAU Marie-Christine	Rep Patient
STIVALET Nadja	Urologue
THIEUZARD Valérie	SED HAS
THUBERT Thibault	Gynécologue Obstétricien
VENARA Aurélien	Proctologue
VIDART Adrien	Urologue



RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Complications de la chirurgie avec prothèse de l'incontinence urinaire d'effort et du prolapsus génital de la femme

Validé par le Collège le 16 mars 2023



RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES

SYNTHESE

Complications de la chirurgie avec prothèse de l'incontinence urinaire d'effort et du prolapsus génital de la femme

Validée par le Collège le 16 mars 2023

Coordination

Pr Jean-François Hermieu



RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

ARGUMENTAIRE

Complications de la chirurgie avec prothèse de l'incontinence urinaire d'effort et du prolapsus génital de la femme

Partie 1. Complications de la chirurgie de l'incontinence urinaire d'effort

Validé par le Collège le 16 mars 2023

Méthodologie HAS

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.



Savoir reconnaître et explorer
une complication chirurgicale



Délivrer une information
claire et appropriée à la patiente



Harmoniser les pratiques



Soulager et améliorer la qualité de vie des patientes



Proposer une meilleur prise en charge



Participer à la formation des chirurgiens
Eviter les risques médico-légaux

Quel examen clinique ?

Interrogatoire ciblé

- L'historique des symptômes par rapport aux interventions (**concomitance**)
- Le **CRO initial** et **de reprise**
- Les documents de traçabilité des dispositifs implantés
- Les facteurs aggravants :
 - Diabète
 - Immunodépression
 - Radiothérapie
 - Tabac

Douleurs

abdominales
lombaire
périnéales,
vaginales
mictionnelles,
à la défécation
sur le trajet du nerf
obturateur

Anorectale

Dyschésie
incontinence anale
épreinte
ténésme
écoulement ou
saignement anal

Ecoulement vaginal

Saignement vaginal

Dyspareunie

Douleur

Hispareunie

récidive de l'incontinence

urgenterie

hyperactivité vésicale

dysurie

infections urinaires à
répétition

Urinaire

Sexuel

+ **Signes infections**

Examen physique

Examen sous spéculum

- exposition
- orifice fistuleux

Toucher vaginal

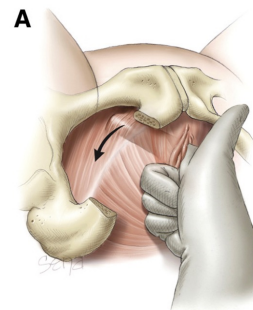
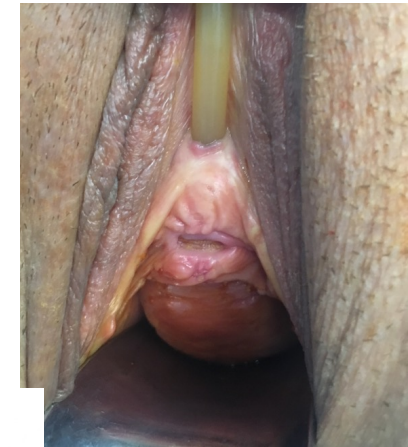
- corde prothétique
- rétraction douloureuse
- trigger zone et syndrome myofascial

Examen abdominal

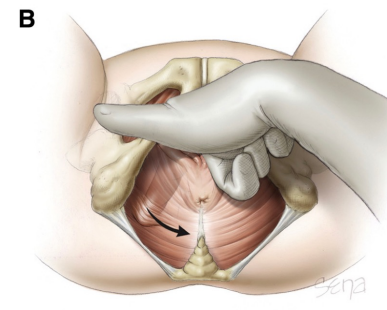
- globe urinaire

Examen général

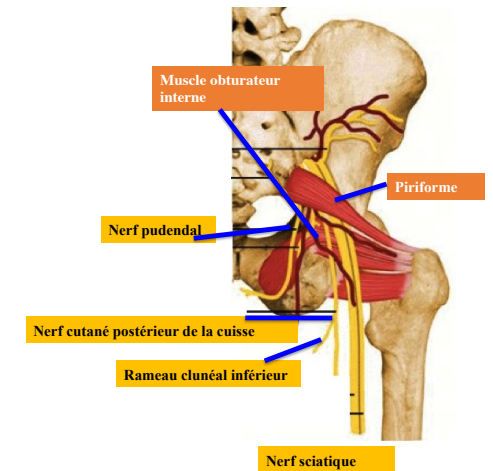
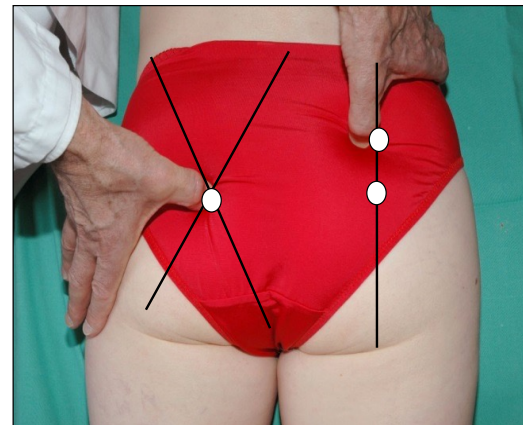
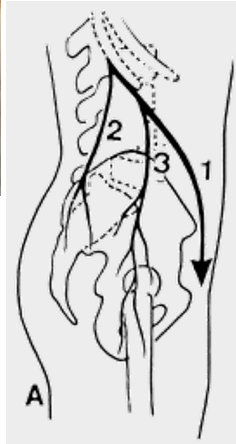
- syndrome de Maigne
- hypertonie des pyriformes



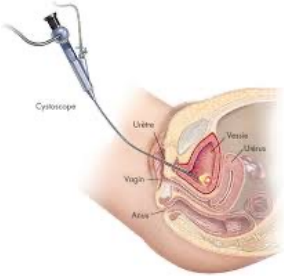
Obturator Internus



Levator Ani



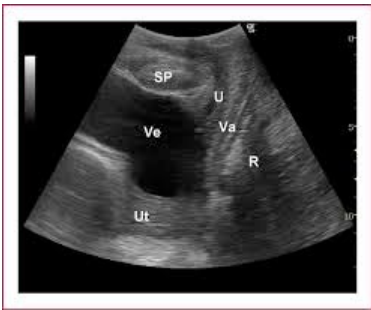
Quels examens complémentaires?



Urétrocystoscopie: exposition urétrale ou vésicale, signe obstructif avec vessie de lutte, obstruction urétrale, fistule...



Bilan urodynamique: obstruction, hypocontractilité vésicale, hyperactivité détrusorienne, insuffisance sphinctérienne



Echographie périnéale ou introitale: bandelettes sous-urétrales mal positionnées ou trop tendues, de complications de prothèses de renfort pour prolapsus



IRM: signe d'infection, positionnement de la BSU, spondylodiscite si prolapsus...

TDM: plaie d'organe, vasculaire...

+ Examen sous AG

Per opératoire

- Plaie vésicale
- Plaie urétrale
- Plaie vasculaire
- Plaie vaginale
- Plaie digestive

Post opératoires immédiates

- hématomes
- Trouble de la vidange obstructive
- Douleur aigue post opératoire

Post opératoires à distance

- Infection de prothèses
- Hyperactivité vésicale de novo
- Dysurie tardive
- Douleurs chroniques
- Dyspareunies
- Exposition prothétique (vaginale, vesicale, urétrale)

Les plaies vésicales

Fréquence	<1% TO, <5% RP
Facteurs de risques	IMC<25 atcd chirurgie d'IUE/prolapsus cure de prolapsus associée début d'expérience
Clinique	écoulement d'urines le long des alènes/gaines plastiques, hématurie
Evaluation cysto 70°, fibro	RP : systématique TO : si suspicion, début d'expérience // systématique ??

En cas de perforation vésicale isolée ou de trajet intra-mural de la BSU, constatée en per-opératoire, il est recommandé que la BSU soit immédiatement repositionnée en vérifiant sa position finale par une cystoscopie (grade C).

L'ajout d'une antibiothérapie post-opératoire en plus de l'antibioprophylaxie per-opératoire standard n'est pas recommandé en l'absence de données de littérature robustes (accord d'experts).

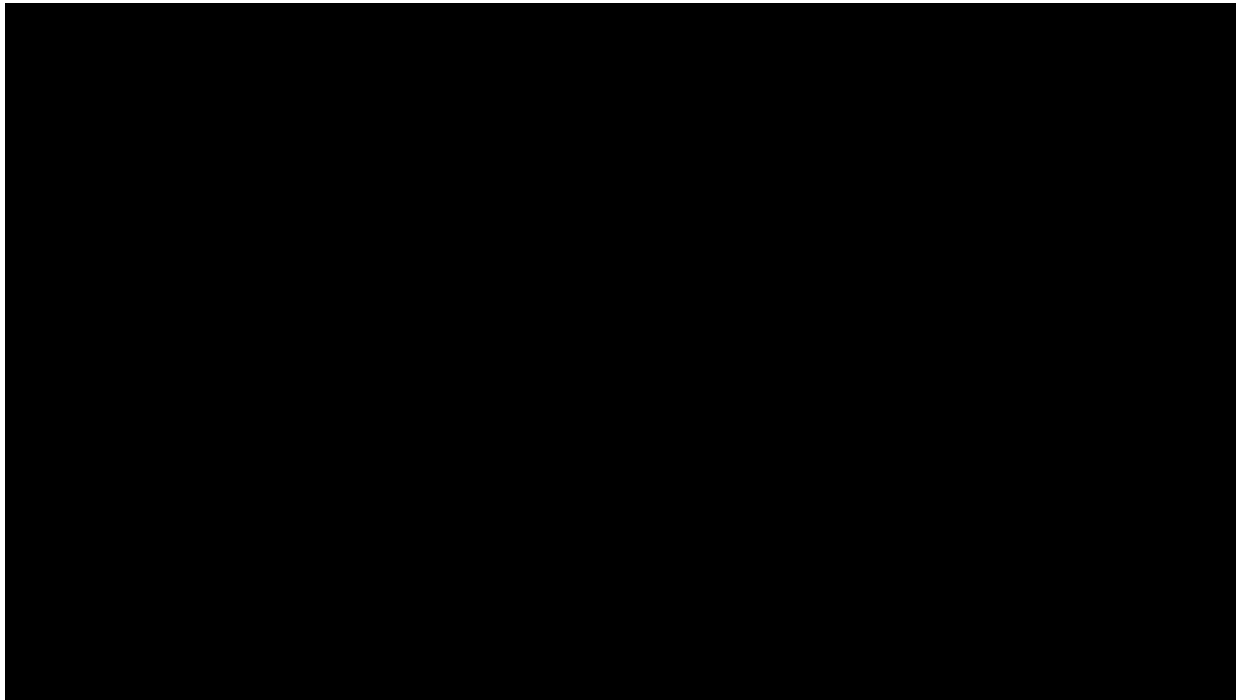
Il n'existe pas suffisamment de données permettant de définir une durée de sondage minimum, de prouver la nécessité d'un sondage systématique en post-opératoire ni de justifier une hospitalisation pour surveillance.

Les plaies urétrales

Fréquence

1%

En cas de plaie urétrale per-opératoire, il est recommandé de renoncer à la pose de la bandelette sous-urétrale lors de la procédure opératoire (accord d'experts).



Les plaies vaginales

Fréquence

TO > RP

Prévention

TO : dissection vaginale suffisante au-delà des culs de sac vaginaux latéraux pour guider l'alène
En cas de difficultés, envisager une voie RP

Il est recommandé de suturer le vagin (incision ou plaie) avec du fil à résorption lente (accord d'experts).

Il est recommandé, en fin d'intervention chirurgicale, de vérifier la qualité de la suture vaginale et de vérifier l'absence d'effraction vaginale, notamment dans les culs-de-sac vaginaux en cas de pose de bandelette sous-urétrale trans-obturatrice (accord d'experts).

Afin d'éviter le risque de désunion de la suture vaginale, il est recommandé de conseiller à la patiente d'éviter toute pénétration vaginale pendant au moins un mois suivant l'intervention (accord d'experts).

Les plaies vasculaires

Fréquence

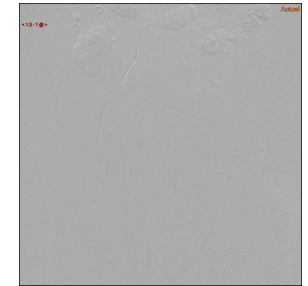
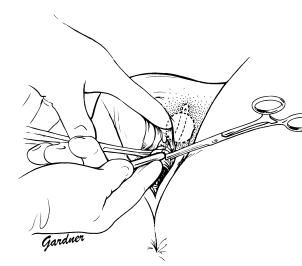
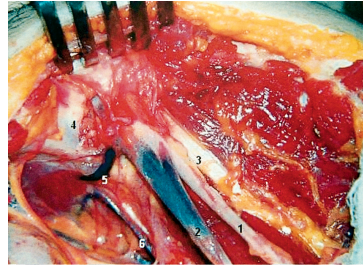
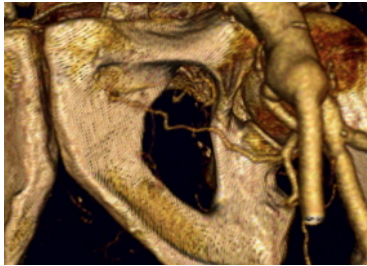
0,07% (RP>>TO)

Prévention

Flexion limitée des cuisses

Immobilité de la patiente

Orientation médiale de l'alène (15°)



Auteur	Type d'étude	N	Type de BSU	Saignement per opératoire anormal (> 200-300 ml)			
				Prévalence	PEC conservatrice	PEC chirurgicale supplémentaire	Transfusion
Kolle et al. (1)	Etude de registre autrichienne	5578	TVT	1,9% (106/5578)	95,3% (101/106)	4,7% (5/106)	17,9% (19/106)
Kuusa et al. (2)	Etude de registre finlandaise	1455	TVT	1,9% (27/1455)	96,3% (26/27)	3,7% (1/27)	3,7% (1/27)
Dyrkorn et al. (3)	Etude de registre norvégienne	5942	4281 TVT 731 TVT-O 372 TOT	NA	NA	NA	NA
Schraffordt Koops et al. (4)	Etude de registre néerlandaise	809	TVT	1,2% (10/809)	90% (9/10)	10% (1/10)	NA
Tamussino et al. (5)	Etude de registre autrichienne	2543	TOT	3,3% (85/2543)	NA	NA	NA
Tinello et al. (6)	Etude multicentrique prospective	1398	677 TVT SECUR 469 TVT 731 TVT-O	0,4% (6/1398)	NA	NA	NA
Agostini et al. (7)	Etude rétrospective	12280	TVT	NA	NA	NA	0% (0/12280)
Flock et al. (8)	Etude prospective observationnelle	336	TVT	7/336 (2,1%)	100% (7/7)	0% (0/7)	NA
Meschia et al. (9)	Etude prospective observationnelle	404	TVT	0,5% (2/404)	0%	100% (2/2)	100% (2/2)
Collinet et al. (10)	Etude de registre française	984	TVT-O	0,1% (1/984)	0%	100% (1/1)	100% (1/1)
Sung et al. (11)	Meta-analyse	2341	1270 TVT 1071 TO	0,08% (2/2341)	0%	100% (2/2)	NA

En cas de saignement vaginal abondant, il est recommandé de réaliser immédiatement un tamponnement vaginal et un remplissage vésical associé si nécessaire pour comprimer l'hémorragie (accord d'experts).

En cas de saignement actif, une prise en charge par embolisation ou une reprise chirurgicale seront alors discutées (accord d'experts).

Face à une plaie d'un gros vaisseau découverte en per ou en post-opératoire immédiat, il est nécessaire de prendre un avis auprès d'un chirurgien vasculaire (accord d'experts)..

Les plaies digestives

Fréquence	0,04% en cas de TVT
Facteurs de risques	IMC<25 Kg/m ²
Clinique	Douleurs abdominale, défense, occlusion, péritonite,

En cas de doute, il est recommandé de réaliser un scanner abdomino-pelvien (accord d'experts).

En cas de plaie digestive, il est recommandé d'initier une prise en charge rapide et spécifique, incluant une ablation du matériel prothétique, si besoin avec la collaboration d'un chirurgien digestif (accord d'experts).

Les troubles de la vidange aigus

Fréquence	1 à 14,9%
Prévention	Evaluation urodynamique pré-opératoire $Q_{max} < 15$ ml/s
Evaluation mictionnelle	Examen clinique pelvien (hematome, compresse, fécalome...) Vérification de la bonne reprise mictionnelle (interrogatoire, bladder scanner) Evaluation pour une miction suffisante (200 ml) RPM pathologique > 150 ml ou $> 1/3$ volume prémictionnel

Il n'est pas recommandé d'avoir recours à un traitement médicamenteux en cas de rétention aiguë d'urine (RAU) (accord d'experts).

Aucune étude n'a montré l'intérêt des traitements de type alpha-bloquants et AINS dans une RAU.

Il est strictement contre-indiqué de procéder à une dilatation urétrale ou à un abaissement de bandelette par voie urétrale en cas de rétention aiguë d'urine compte tenu des risques encourus (exposition, plaie, section d'urètre) (accord d'experts).

En cas de rétention aiguë d'urine, il est recommandé de détendre chirurgicalement la BSU dans un délai court (inférieur à 7 jours) et par abord direct, sauf pour les patientes présentant une hypocontractilité pré-opératoire pour lesquelles le recours aux auto-sondages peut être proposé (accord d'experts).

En cas de persistance de RPM → échographie

Les douleurs aiguës

Fréquence

fréquente dans les 2 semaines post opératoire

Prévention

Recherche d'une hypersensibilisation
Préférer la voie TVT

	Sphère urinaire basse	Sphère digestive basse	Sphère génito-sexuelle	Sphère cutanéomuqueuse	Sphère musculaire	scores
Abaissement de seuils	☐ Douleurs influencées lors du remplissage vésical et/ou la miction	☐ Douleurs influencées lors de la distension et/ou la vidange rectale (matières, gaz)	☐ Douleurs influencées lors de l'activité sexuelle	☐ Allodynie pévri-néale (impossibilité d'utiliser des tampons, intolérance au ports des sous-vêtements serrés)	☐ Présences de points gâchette pelviens (piriforme, obturateurs internes, élévateurs de l'anus)	/5
Diffusion temporelle	☐ Douleurs post-mictionnelles	☐ Douleurs post-défécatrices	☐ Douleurs persistantes après l'activité sexuelle			/3
Variabilité des symptômes	☐ Variabilité de l'intensité douloureuse (évolution par périodes, évolution en dents de scie) et/ou de la topographie douloureuse					/1
syndromes associés	☐ Migraine et/ou céphalées de tension et/ou fibromyalgie et/ou syndrome de fatigue chronique et/ou syndrome de stress post-traumatique et/ou syndrome des jambes sans repos et/ou SADAM et/ ou intolérances multiples aux produits chimiques					/1
Score total de sensibilisation pelvienne						/10

En cas de douleurs aiguës intenses en post-opératoire immédiat d'une pose de bandelette sous-urétrale, il est recommandé de discuter une ablation précoce de la bandelette (accord d'experts).

Les infections de prothèses

Fréquence

rare

Prévention

Antibioprophylaxie pré-opératoire diminue la fréquence et la sévérité
Pas d'indication à une antibioprophylaxie post opératoire pour réduire le risque d'infection urinaire

En cas de signes évocateurs d'infection de bandelette sous-urétrale (cellulite, abcès au contact...), il est recommandé de réaliser une exérèse du matériel prothétique la plus complète possible (Accords d'experts)

La dysurie tardive

Définition

souvent paucisymptomatique
jet urinaire modifié, adaptation posturale, RPM important, inf urinaires à répétition, HAV, fuites par regorgement

Facteurs de risque

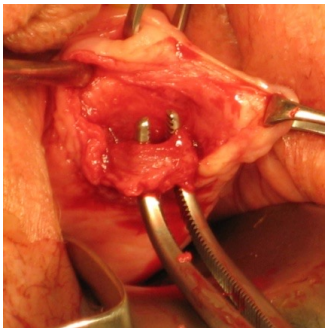
Q max pré-op < 15 ml/s
Chirurgie concomittante du prolapsus
hypocontractilité vésicale au BUD pré opératoire
TVT > TOT

Evaluation

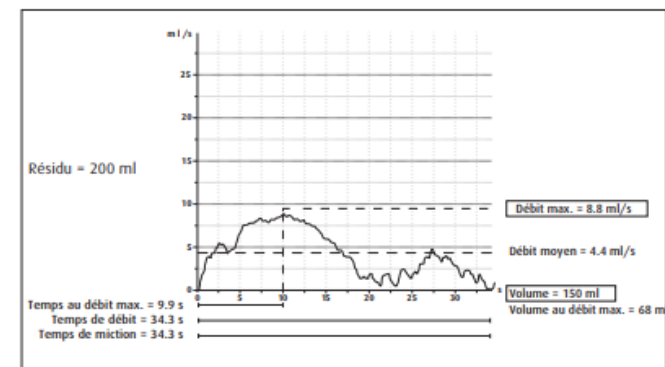
Bladder scanner: RPM > 150 ml

BUD: Qmax<12 ml/s et PdetMax>25 cmH2O sur les courbes pression/débit

Fibroscopie: ressaut au passage de la BSU, exposition urétrale



Débitmétrie



La dysurie tardive

Reprise chirurgicale en première intention

Autosondage uniquement pour les patientes avec hypocontractilité
Ou refus de reprise chirurgicale

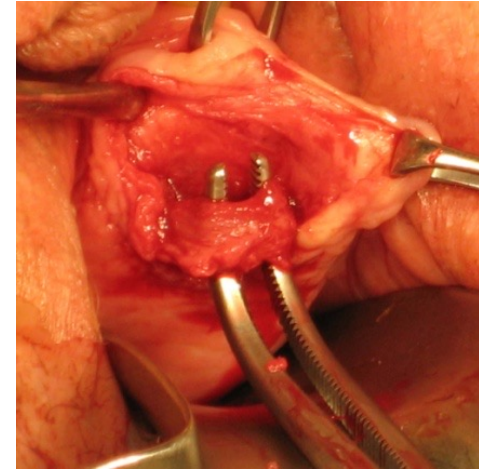
Pas d'indication aux traitements médicamenteux

CI à l'abaissement urétrale à l'aide d'une bougie

Différents traitements chirurgicaux possibles

- Section latérale de BSU
- Ablation de la portion sous-urétrale de la BSU (risque de plaie urétrale et récurrence IUE, à proposer en cas d'échec de section latérale)

Informé du risque de récurrence ++



L'hyperactivité vésicale

Fréquence

8 à 33% si recherche HAV (2 à 15% si nycturie et pollakiurie)

Facteurs de risques

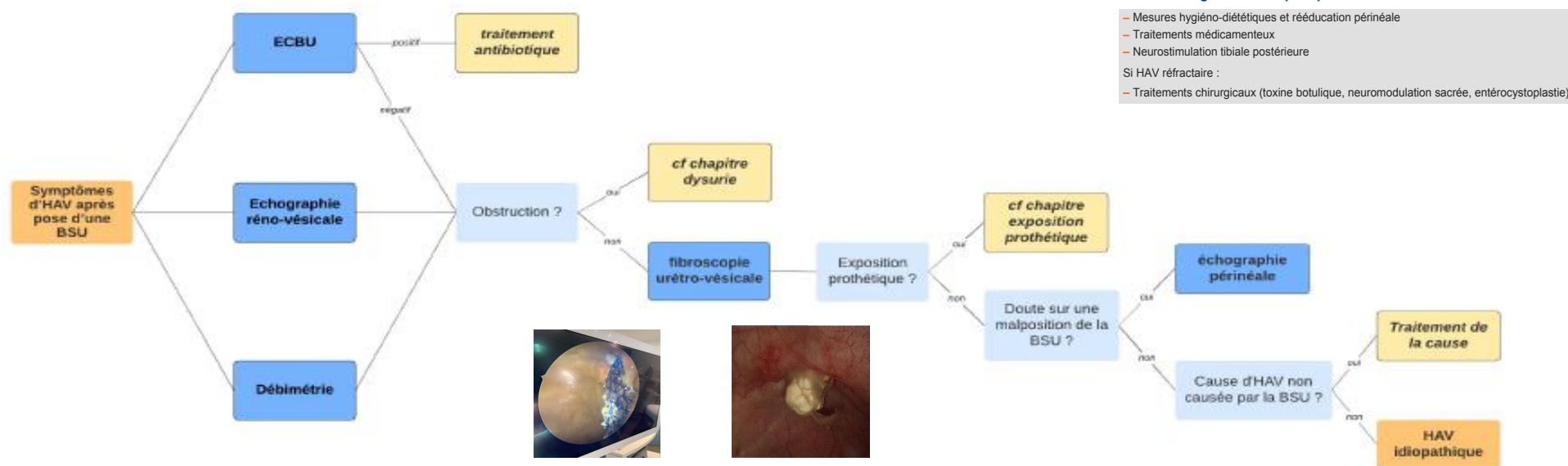
IMC >25 Kg/m²

Durée de suivi des patientes (3,6% à 2 ans → 15% à 10 ans)

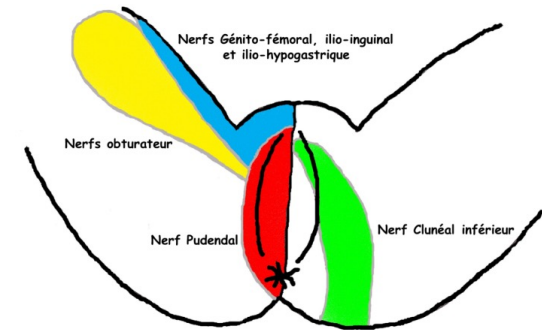
IUM pré opératoire

Chirurgie d'incontinence ou de prolapsus

Exploration



La douleur chronique



Définition	Douleur persistante plus de 3 mois après la chirurgie affectant la QoL Au niveau du site opératoire ou projetée dans le territoire d'un nerf
Fréquence	TOT 6 à 10% TVT < 1%
Paraclinique	Éliminer une cause organique (IRM/Echographie/cystoscopie))

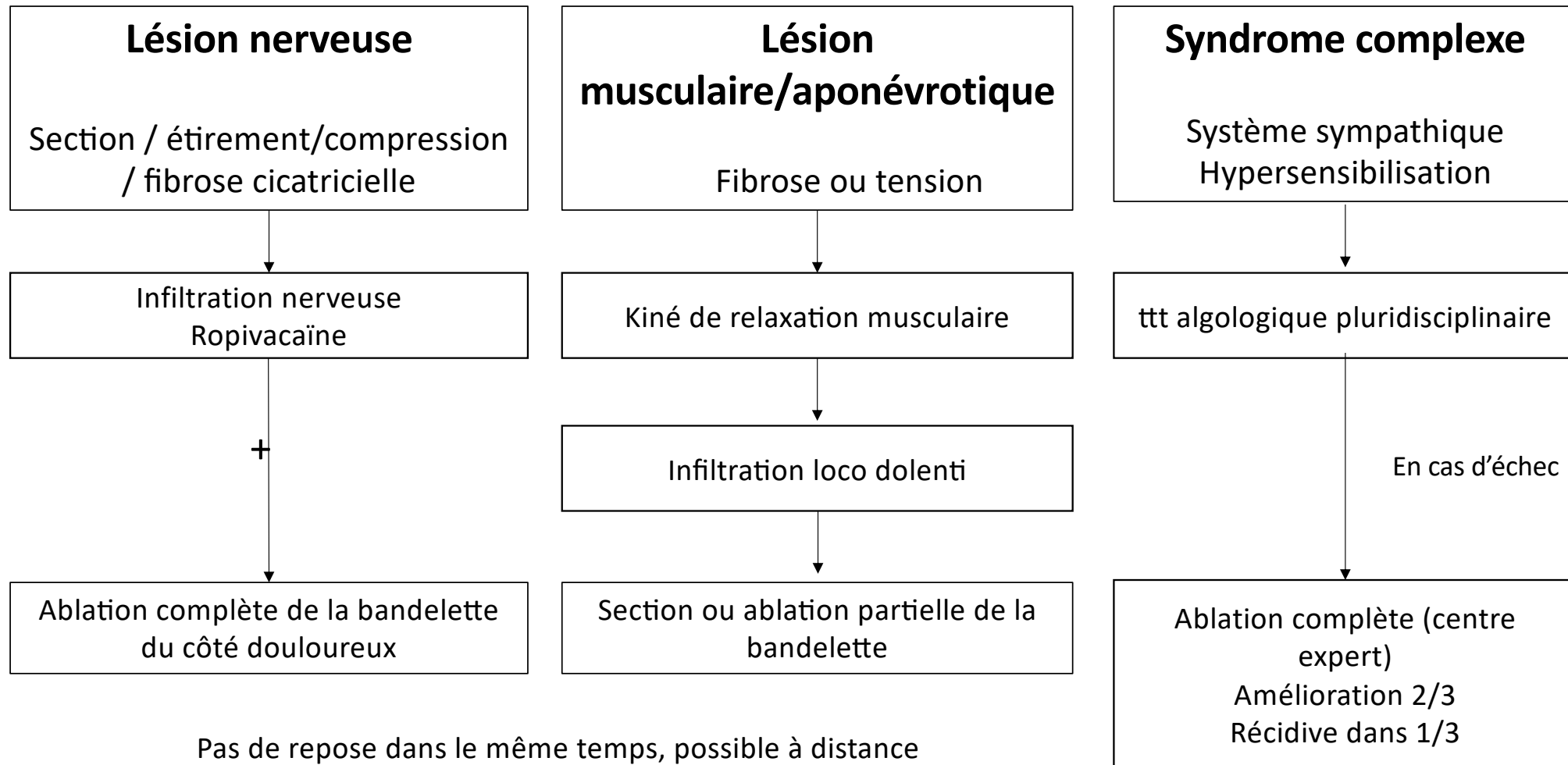
Éliminer les autres causes de douleurs (dorso lombaire, hanche, organes intra abdominaux)

Proposer des traitements conservateur non chirurgicaux en première intention (oestrogène, antalgique, rééducation, TENS...)

Orienter la patiente vers un centre de la douleur spécialisée ++++

La douleur chronique

Centre de Nantes (Jérôme Rigaud/Maximilien Baron)



Les dyspareunies/hispareunies

Fréquence	1,5% à 14,5%
Prévention	TVT moins à risque de TOT Aucun intérêt des œstrogènes locaux
Evaluation	recherche de dyspareunie pré opératoire (PISQ-12) rechercher l'information en post-opératoire Evaluation clinique avec recherche de zone gâchette et exposition, vaginisme Pas d'indication a un examen d'imagerie sauf si suspicion d'infection

Traitement de première intention multimodale/sexothérapie

Si exposition → retrait de la BSU sur la zone gachette (pas la totalité de la BSU)

Si absence d'exposition → infiltration d'anesthésique locaux +/- retrait de la BSU

Informations → chances d'amélioration des douleurs (74-96%),
risque de récurrence d'IUE 20 à 50% en cas de retrait de BSU
si récurrence, préférer les alternatives (ballonnet, Bulkamid, sphincter...)

Les expositions prothétiques: vaginales

Fréquence	2 à 5% (parfois très à distance)
Facteurs de risque	diabète, tabac immunodépression Antécédent de chirurgie ou de RT pelvienne Age élevé
Evaluation	Examen sous spéculum Interrogatoire: Saignement/perte vaginale, dyspareunie, hispareunie, douleurs pelviennes, sensation de corps étranger, fortuite

Chez une patiente asymptomatique, un simple suivi peut être proposé.

L'application intravaginale d'œstrogènes locaux, en l'absence de contre-indication, peut être proposée chez une patiente symptomatique, non sexuellement active et avec une exposition vaginale de petite taille (< 1 cm).

Dans les autres cas, une suture simple vaginale pouvant exposer à un risque de récurrence, il est recommandé de réaliser une exérèse chirurgicale de l'élément prothétique exposé avant de réaliser une suture vaginale (accord d'experts).

Les expositions prothétiques: vésicales

Fréquence	1 %
Facteurs de risque	chirurgie de prolapsus concomitante trajet sous-muqueux plaie vésicale méconnue
Evaluation	Examen sous cystoscopie optique 70° Interrogatoire: Douleurs mictionnelles ou vaginales, HAV, infections urinaires récurrentes, hématurie

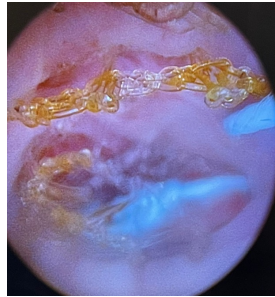
Il est recommandé de retirer le fragment de bandelette exposé dans la vessie (accord d'experts).

Il est recommandé d'informer la patiente du risque de persistance d'hyperactivité vésicale, de persistance de douleurs, de récurrence de l'incontinence après l'exérèse de la bandelette et du risque de récurrence de l'exposition de la bandelette (accord d'experts).

Il est recommandé de privilégier un traitement d'exérèse de la bandelette exposée plutôt qu'un traitement destructeur par voie cystoscopique ou par laser. La destruction par laser de la bandelette expose à une exérèse incomplète et à des difficultés de reprise chirurgicale en cas d'échec.

Chez des patients ayant de lourdes comorbidités, il est recommandé de favoriser une voie cystoscopique de l'exérèse de la bandelette exposée dans la vessie avec l'exérèse la plus complète possible du fragment exposé et d'informer la patiente d'un risque de migration secondaire du matériel résiduel (accord d'experts).

Les expositions prothétiques: urétrales



Fréquence

1 % (dans le mois suivant la pose)

Evaluation

Examen sous urétrocystoscopie

Interrogatoire: Douleurs urétrales ou vaginales, dysurie, HAV, infections urinaires récurrentes, hématurie, urétrorragies

Il est recommandé de retirer le fragment de bandelette exposé dans l'urètre (accord d'experts) :

- cette chirurgie doit être pratiquée par un chirurgien expérimenté ;
- la procédure d'exérèse de la bandelette exposée ne fait pas l'objet d'un consensus.

Il est recommandé de privilégier un traitement d'exérèse de la bandelette exposée plutôt qu'un traitement destructeur par voie endoscopique ou par laser (accord d'experts).

Il est recommandé d'informer les patientes du risque de récurrence de l'incontinence et de fistule urétrale après l'exérèse de la bandelette (accord d'experts).

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Complications de la
chirurgie avec
prothèse de
l'incontinence
urinaire d'effort et
du prolapsus génital
de la femme

Validé par le Collège le 16 mars 2023